

Trabajo de revisión

Protocolo de atención integrada para la implantación de la safenectomía ambulatoria

Dr. Jesús Sánchez Beorlegui,* Dr. Roger Cabezali Sánchez,* Dr. Eduardo Monsalve Laguna,*
Dr. Carlos Emparan García de Salazar,* Dra. Sonia Ascarza Rubio,** Dr. Fernando Mazcuñán Raro**

RESUMEN

El tratamiento de la insuficiencia venosa crónica mediante safenectomía ambulatoria mejora la calidad del proceso quirúrgico: menos morbilidad, elevada satisfacción del paciente y contención del gasto sanitario.

La implementación de un protocolo de atención integrada permite una buena selección de candidatos para la cirugía sin ingreso y la estandarización de las diversas actuaciones médicas, administrativas y logísticas.

En el presente artículo estudiamos el desarrollo de un protocolo de atención integrada de la safenectomía ambulatoria en nuestro centro hospitalario.

Palabras clave: Safenectomía, cirugía mayor ambulatoria, protocolo de atención integrada, proceso quirúrgico, mejora de la calidad.

ABSTRACT

Treatment of chronic venous insufficiency by means of ambulatory saphenectomy improves the quality of surgical process: low morbidity, great patient satisfaction and the most cost-effective way.

Implementation of an integrated care pathway allows a good selection of candidates for Day surgery and the standardization of different medical, administrative and logistical actions. In this article, we study the development of an integrated care pathway of ambulatory saphenectomy in our hospital.

Key words: Saphenectomy, day surgery, integrated care pathway, surgical process, quality of care improvement.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, unidades de cirugía de todo el mundo buscan mejorar mediante la gestión integral del *proceso quirúrgico* en sus facetas médica, administrativa, económica y logística. Los objetivos son garantizar el mejor resultado terapéutico y contener la escalada del gasto sanitario, para garantizar una sanidad pública y gratuita a la población.^{1,2} Sintetizando en tres palabras: eficiencia, eficacia y calidad como metas y logros deseables.

Uno de los procesos quirúrgicos más frecuentes en las carteras de servicios es la safenectomía. Muchos pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) e indicación quirúrgica son individuos jóvenes, a los que la intervención alterará de forma importante su actividad socio-laboral: pérdida de jornadas de trabajo, bajas prolongadas, absentismo y disminución de la productividad.³ ¿Cómo dar respuesta a este problema dada la capacidad para autoorganizarnos? Pensamos que el camino correcto consiste en aplicar las pautas de la Cirugía Mayor

* Servicios de Cirugía General y

** Enfermería Quirúrgica de la Fundación Hospital de Calahorra. España.

Ambulatoria (CMA). Al igual que sucede con la proctología y la hernia inguinal, la safenectomía es un proceso *ambulatorizable* que puede y debe beneficiarse de las ventajas de la cirugía sin ingreso.^{4,5}

Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular:

“La cirugía de las várices puede realizarse de forma ambulatoria en los casos que el especialista considere adecuado, no pudiendo ser definidos a priori y de una manera general los grupos con esta indicación. Cada equipo quirúrgico debe elaborar su propia lista de pacientes subsidiarios de cirugía ambulatoria”.

Por lo tanto, las cuestiones que se nos presentan son:

1. Detectar a los enfermos subsidiarios de safenectomía sin ingreso, estableciendo criterios de inclusión/exclusión.
2. Canalizarlos de manera adecuada hacia la lista de espera quirúrgica.
3. Establecer las técnicas operatorias y anestésicas que garanticen un buen resultado clínico y estético con baja morbilidad.
4. Diseñar los protocolos de atención postoperatoria, manejo de las complicaciones, revisión en policlínica y de alta.
5. Definir los mecanismos de control de la calidad.
6. Coordinar a todos los estamentos implicados.

Desde nuestra autonomía para el manejo del proceso quirúrgico y entre las diversas formas de gestión disponibles, elegimos el Protocolo de Atención Integrada (PAI) como la herramienta adecuada para implantar la safenectomía en régimen ambulatorio (SRA): se adapta de forma óptima al tamaño y funcionamiento de una unidad quirúrgica y precisa menores requerimientos técnicos, metodológicos y administrativos que una vía clínica. Además, ofrece la posibilidad de fundirse en una *vía clínica de las várices*, que incluya tanto a los pacientes ambulatorios como a los que ingresan 24 horas.^{6,7}

El objetivo del PAI es el establecimiento de un plan asistencial integral, multidisciplinario y detallado en el que se enumeren todas las actividades clínicas y sus posibles variaciones, las responsabilidades de los profesionales implicados y se definan los mecanismos de control de calidad.⁸

Ventajas que aporta el PAI de la SRA:

1. Integra la atención médica, de enfermería, administrativa, etc.
2. Responsabilidades definidas en todos los estamentos y niveles.

3. Proporciona un soporte legal al ser considerada como “Lex artis” en nuestro ordenamiento jurídico.
4. *Trazabilidad* del proceso quirúrgico, verificación de las actuaciones y medida de la calidad ofertada al usuario.
5. Predicción de los recursos que deberán habilitarse.
6. Búsqueda de la excelencia en la práctica médica, diferenciando lo necesario de lo superfluo.

En este artículo repasamos el diseño, la metodología y las fases preliminares de implantación del PAI. La evaluación de nuestros primeros resultados y la remodelación del protocolo antes de implantación definitiva, serán objeto de otro estudio en unos meses.

METODOLOGÍA

¿Por qué la safenectomía? Revisión de la Literatura (Benchmarking). Técnicas quirúrgica y anestésica.

Actualmente en los EUA y Canadá 40-45% de las safenectomías se realizan en régimen CMA. Este porcentaje es muy inferior en el continente europeo, incluyendo España, aunque aumenta progresivamente.⁹

En nuestro centro, durante un periodo de cuatro años (2001-2005), se llevaron a cabo 413 safenectomías con una estancia postoperatoria media de 1.07 días. El porcentaje de complicaciones fue de 6.6%, el de infección de herida de 1.65% y en dos casos se precisó una reoperación. Por lo tanto, unos 40-50 pacientes por año se podrían beneficiar de las ventajas demostradas de la SRA:⁹⁻¹¹

1. Disminuye el riesgo tromboembólico.
2. Disminuye el riesgo infeccioso.
3. Asegura el confort y la satisfacción del paciente operado.
4. Favorece la rápida incorporación a la actividad laboral.
5. Permite un ahorro económico al Sistema Sanitario.

En una encuesta a los miembros de la Société Française de Phlébologie realizada en 1995, 61% de los entrevistados se manifestaron a favor de la crosectomía ambulatoria y 33.5% a la fleboextracción sin ingreso hospitalario.¹¹ Estos porcentajes han quedado desbordados por la realidad actual de la CMA y es asumible que 40-50% de las safenectomías se pueden ambulatorizar con seguridad manteniendo unos estrictos criterios de selección.¹²

Las técnicas operatorias permiten dividir a los cirujanos de una manera *“sui generis”* entre los “safe-

nectomizadores” y los que tienden a conservar la vena total o parcialmente. La crosectomía reglada es la técnica de referencia, si se demuestra reflujo en el Eco Doppler, y debe acompañarse de una denudación “corta” o “larga” del tronco safeno dependiendo de los hallazgos preoperatorios y las facilidades en el acto quirúrgico.¹³

En cuanto a la anestesia, el bloqueo selectivo del nervio crural por electroestimulación es una técnica excelente: buen control del dolor, tolerancia inmediata y deambulación precoz. Se adapta muy bien a la crosectomía reglada, seguida de denuda-

ción de las venas safenas interna (VSI), externa (VSE) o ambas y permite obviar la morbilidad de la raquianestesia: retenciones urinarias, cuadros vagales y cefaleas pospunción.^{14,15}

Desarrollo y contenido del PAI de la *Safenectomía en Régimen Ambulatorio (SRA)*

1. Establecimiento del diagrama de flujo de la SRA (*Figura 1*).
2. Detección de pacientes en la Consulta Externa de Cirugía.

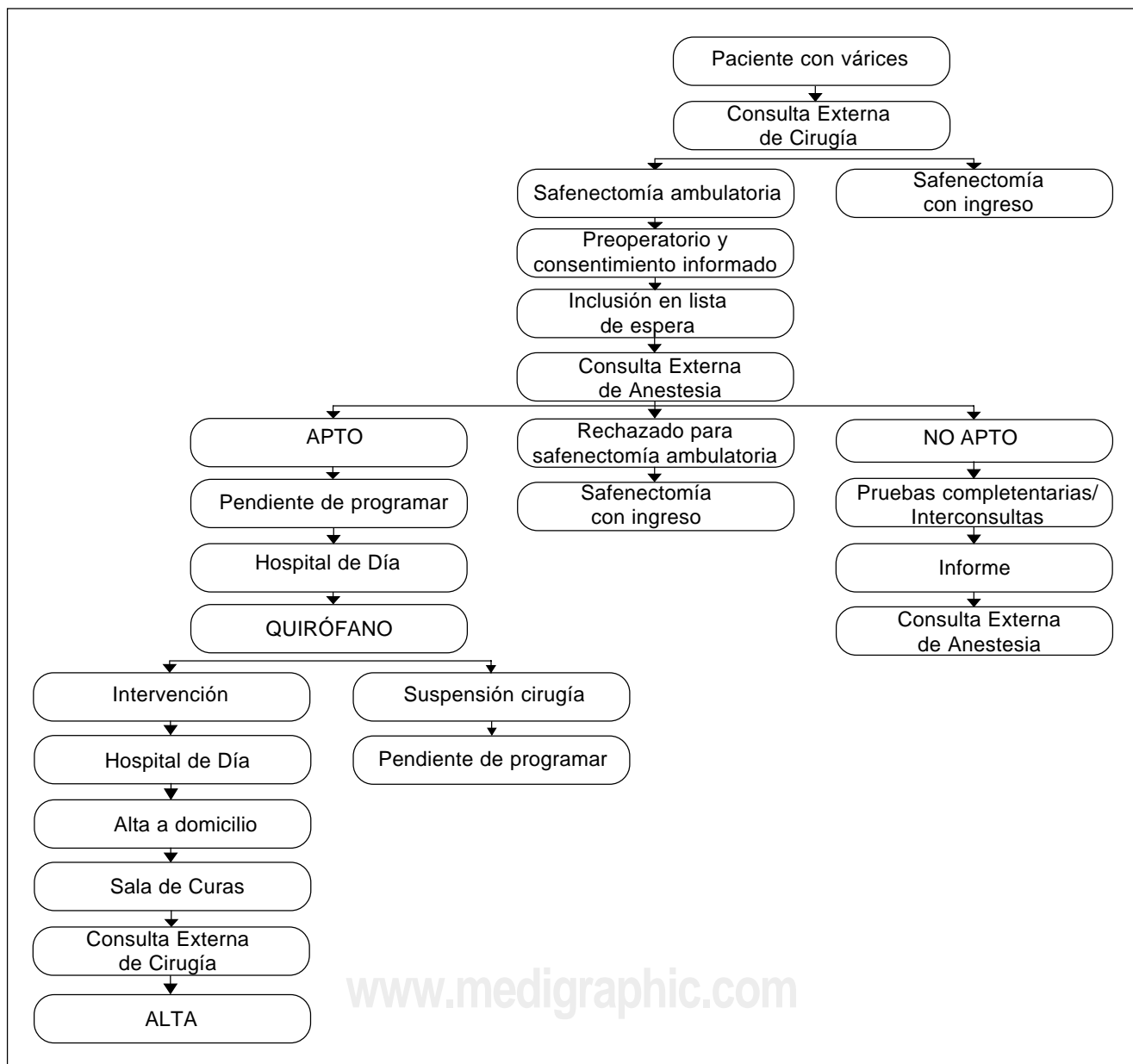


Figura 1. Diagrama de flujo de la SRA.

Criterios de Inclusión para SRA

1. Clínicos (Exploración e interpretación del Eco Doppler):
 - a) Várices con sintomatología de IVC, con afectación de safenas y/o perforantes y/o insuficiencia de los cayados.
 - b) Várices poco sintomáticas, pero muy evidentes, con riesgo potencial de complicaciones (varicoflebitis, varicorrágia, etc.).
2. Isocrona. En un principio serán subsidiarios de SRA pacientes cuya vivienda se encuentre a 30 minutos del hospital en automóvil, garantizando la asistencia inmediata en caso de complicación. La isocrona se ampliará a una hora en una segunda fase.
3. Aceptación expresa de la ambulatorización tras información exhaustiva.

Criterios de exclusión para SRA

1. La edad es un criterio de exclusión relativo. En general, no estará indicada la SRA en pacientes con más de 50 años. En los casos concretos en que se acepten, es preciso realizar una evaluación pormenorizada del riesgo quirúrgico.
2. Contraindicaciones formales para la CMA, de cualquier índole.
3. Contraindicaciones específicas para SRA: discrasias sanguíneas, antecedentes de trombosis superficial o profunda, varices con linfedema asociado, secundarias a síndrome posflebítico, etc. En general, todos aquellos pacientes con riesgo quirúrgico importante derivado de otra patología asociada.
4. Precisarse anestesia general.
5. Necesidad de fleboextraer en el mismo acto quirúrgico ambas safenas.
6. Intervenciones con una duración prevista de más de una hora.
7. Reintervenciones en los cayados, recidivas complejas y "neosafenas".
8. Pacientes cuya clínica pueda ser atribuida a otra patología coadyuvante (patología osteoarticular, radicular, etc.), en los que el tratamiento no mejoraría su sintomatología.
9. Obesidad mórbida.

Otras actuaciones en consulta. Firma del consentimiento informado y entrega de la hoja de información para el paciente y los familiares (*Cuadro I*). Recomendamos que el enfermo se lleve el consentimiento a casa para facilitar su lectura y comprensión. El documento firmado será devuelto durante la consulta de anestesiología. El valor legal de esta acción puede ser importante.

Canalización hacia la lista de espera quirúrgica. En la solicitud de inclusión en la lista de espera y en la de interconsulta anestésica se anotará específicamente que el procedimiento se realizará en régimen ambulatorio.

Programación. Se programará(n) la(s) SRA a primera hora del parte operatorio, para tener un mayor margen de recuperación postanestésica en la Unidad de Reanimación Postanestésica y de readaptación al medio en Hospital de Día. Nunca se programará una SRA como complemento a operaciones de gran magnitud y duración (colon, hepato-biliar, gástrica, tiroidea, etc.).

Actuaciones en Hospital de Día y en el antequirófano. Se recogen de forma detallada en la matriz temporal (*Cuadro II*), en la que se muestra la secuencia de acontecimientos, pautas de actuación para los profesionales implicados, mediación, actividad física e información para el enfermo y sus familiares/acompañantes/responsables.

Técnicas anestésicas:

1. Anestesia regional (raquianestesia).
2. Anestesia locorregional (plexo) con neuroestimulación.
3. Anestesia local en el pliegue poplíteo y selectiva del trayecto de la VSE.
4. La sedación intravenosa (neuroleptoanalgesia) o el Flash de Anestesia General (FAG) con Propofol se reservan para los casos en que el paciente se encuentra incómodo, sienta dolor, no colabore etc. En todo caso es competencia y se realiza a criterio del anestesista.

Técnicas quirúrgicas:

1. Crosectomía reglada de los cayados safenos. Está indicada, en todos los casos, si el Eco Doppler demuestra insuficiencia de las válvulas ostiales safenofemoral o safenopoplíteas.
2. Fleboextracción completa de las VSI o de la VSE. Existe una dilatación de la VSI o la VSE en sus respectivos trayectos.
3. Fleboextracción "corta" de la VSI. Puede ser suprapatelar (con crosectomía reglada) o infrapatelar (sin crosectomía con cayado competente). El límite lo marcan las perforantes de Cockett y Boyd (pierna) o de Dodd (tercio inferior del muslo), respectivamente.
4. Técnicas complementarias: Desconexión selectiva de perforantes, flebectomía segmentaria, Brinzeu, esclerosis intraoperatoria.
5. Se recomiendan al cirujano otras actuaciones como son:
 - a) Prestar una especial atención a la correcta ligadura de las colaterales en el cayado con el fin de evitar accidentes hemorrágicos.

CUADRO I

Hoja de información para el paciente y los familiares

Lugar	Hospital de Día (Día de la operación)		Domicilio (Primera semana hasta la revisión)
Actividades	Prequirófano	Postintervención	
Cuidados	Ingresará en Hospital de Día El personal del Hospital se presentará y realizará sus cuidados de acogida Vendrá duchado de casa Le prepararemos para ir a quirófano: rasurar, sueros, etc. El cirujano marcará la extremidad con un rotulador Pasará al quirófano El equipo quirúrgico realizará la intervención	Regresará nuevamente a Hospital de Día El equipo de enfermería estará a su cuidado: control de heridas, vendaje, constantes, primera micción, dieta, etc. Estará acompañado por sus familiares	Los encontrará en los informes de alta y recomendaciones específicas
Actividad	Tendrá una actividad normal	Mantendrá reposo tumbado en un sillón Podrá caminar cuando se le indique, ir al WC y vestirse	Sentado, mantendrá las piernas elevadas inflamación. Podrá caminar en su casa y por la calle en 48 hrs
Medicación	Previo a la intervención se le administrará el tratamiento preanestésico si requiere	Le administraremos calmantes por vena y orales Trataremos las náuseas si se presentan. En algunos casos recibirá medicación para prevenir la formación de coágulos en la sangre	Tomará su medicina habitual Le facilitaremos calmantes. acudirá al Centro de Salud para recibir medicación anti-coagulante durante 10 días
Comida	No tomará alimentos ni beberá 10 horas antes de la intervención	Tomará líquidos en las primeras 3 horas y después una dieta basal	Podrá tomar una dieta basal si no hay otra contraindicación
Documentación	Se le entregarán la "Guía del Usuario" y la "Información sobre el Hospital"	Le facilitaremos: "Informe de alta médica", "Informe de enfermería", "Consejos post-afenectomía" y una "Encuesta de satisfacción" que deberá llenar	
Recomendaciones al alta		Las encontrará en los informes de alta médica al alta y de enfermería	

CUADRO II

Matriz temporal de la SRA

Situación/ Actividades	Preingreso	Hospital de Día	Intervención	Hospital de Día
Actuación médica	Consulta Cirugía Consulta Anestesia	Revisión Historia Comprobar preoperatorio Marcaje extremidad	Anestesia Intervención Protocolo quirúrgico Informe alta CMA	No, excepto que sea requerido por enfermera desde Hospital de Día
Determina- ciones o Test	Estudio preoperatorio según protocolo			Constantes
Actuación Enfermería		Protocolo preparación preoperatoria para safenectomía Plan de atención de Enfermería (P.A.E.)	Aplicación P.A.E	Aplicación P.A.E. Control vendaje y apósito inguinal Primera micción
Medicación	Premedicación anestésica (Hipnótico y Anti-H2)	Antihipertensivos si HTA		Analgesia Anti-H2 Antieméticos Profilaxis antitrom- bótica según protocolo
Actividad		Camisión Paso a quirófano		Sedestación en el Hospital de Día Deambulacion posterior
Dieta	Ayuno 10 h antes intervención	Dieta absoluta		Dieta líquida a las 3h postop. progresando a dieta basal
Información	De la intervención consentimiento	Explicación evolución Tranquilizar al paciente	Familiares y paciente tras la intervención	Familiares y paciente por la enfermera
Objetivos	Historia Clínica Estudio preoperatorio. C. Informado Información del proceso	Preparación preoperatoria Medicación preoperatoria Información a familiares		Control del dolor Inicio deambulacion Tolerancia oral positiva Micción espontánea Alta Clínica salvo: <i>no tolera, no micción, sangrado, decisión médico o paciente</i>
Documentación				Informes Médico/ Enfermería Encuesta satisfacción Recomendaciones Específicas Safenectomía

b) Practicar una ligadura-sutura de seguridad en el muñón safeno, especialmente cuando la pared venosa sea fina o se detecten aneurismas del cayado.

c) Buscar y ligar la vena safena accesoria de Giacomini.

d) Vigilar la hemostasia en general y la ausencia de hemorragia por el canal safeno tras la denudación.

e) Utilizar la oliva pequeña para la fleboextracción (menor traumatismo).

f) Es preferible denudar la VSE utilizando la invaginación sobre hilo de van der Strich antes que el fleboextractor. Así disminuye el riesgo de lesión nerviosa y hematomas.

g) Vendaje compresivo bien ajustado que se mantendrá 3-4 días.

Alta desde Hospital de Día. El paciente recibirá el alta desde Hospital de Día bajo los siguientes criterios:

1. Ausencia de dolor o dolor controlado con analgésicos menores.
2. Apósito inguinal limpio.
3. Primera micción realizada.
4. Tolerancia a los alimentos orales positiva.
5. Sedestación y deambulación sin incidencias.

El enfermo recibirá un informe de alta estándar y grapado al mismo, la Hoja Específica de Recomendaciones de la SRA (*Cuadro III*).

Prevención del riesgo de TVP. Debemos tener en cuenta que todos los pacientes seleccionados para SRA deben tener un nivel de riesgo bajo y no precisarán heparina subcutánea. Existe una excepción, siguiendo los criterios de la Société Française de Phlébologie consideraremos a la safenectomía de la VSE como una técnica potencialmente embolígena y pautaremos una heparina de bajo peso molecular, a dosis profiláctica, durante 10 días.

Evaluación del PAI de la SRA

Indicadores propios de la SRA

1. Evaluación preanestésica 100%
 2. Consentimiento informado 100%
 3. Pacientes con complicaciones mayores < 1%
 4. Infección de herida < 1.5% (NNISS 0)
 5. Éxito 0%
 6. Pacientes SRA que ingresan en planta < 5%
- NNISS: Nacional Nosocomial Infection Surveillance System

Indicadores generales del PAI

1. Grado de cumplimiento. Tras la puesta en marcha del programa de SRA se realizará

CUADRO III

Hoja específica de recomendaciones al alta de la cirugía de várices

Recomendaciones al alta de cirugía ambulatoria de várices

1. Deberá tomar su dieta y medicación tal y como venía haciéndolo antes de la operación.
2. Reincorporación progresiva a su ritmo de vida normal.
3. Deambulación diaria, mañana y tarde. Aumentando progresivamente el esfuerzo.
4. Control por su Médico de Atención Primaria, con el informe de alta que le entregaron al abandonar Hospital de Día. Baja laboral a criterio del mismo.
5. Cambio de vendaje dentro de 3 días en el Centro de Salud. Sustituir el actual por una cura simple de las heridas quirúrgicas y un vendaje de apoyo o una media.
6. Medicación (analgesia y heparina BPM) según el protocolo incluido en el alta.
7. Revisión en Policlínica en la fecha y hora indicada en el informe de alta. Si se precisa la retirada de algún punto o alguna cura especial en el Centro de Salud se le indicará.
8. Recibirá una cita para la revisión y el alta definitiva al mes de la operación.

Otros consejos

1. Es normal que se palpen zonas induradas en donde se extrajo la vena safena y sus tributarias. Puede usar una crema anti-hematomas: aplíquela mediante masajes tres veces al día. El problema tiende a resolverse en unas pocas semanas.
2. Aplique una crema hidratante o body milk dos o tres veces al día tras la retirada de puntos y la cicatrización completa de las heridas.
3. Si va a tomar el sol, aplique una crema de factor de protección elevado sobre las cicatrices. Así evitará la formación de hiperpigmentaciones inestéticas.
4. Practique ejercicio y medidas higiénicas y posturales para favorecer el retorno venoso.
5. La contención elástica durante el invierno es recomendable. Durante los meses de calor (3-4) puede tomar un venotónico oral siguiendo las pautas de su médico.

una valoración de la misma a los seis meses y al año.

- a) Un 10-15% de las safenectomías en CMA a los seis meses.
- b) Más de 20% al acabar el primer año.
- c) Porcentaje de pacientes que salen del PAI < 5%.

2. Abandonos del PAI: definir el motivo.

3. Variaciones del PAI. Recoge, codifica e informa sobre las soluciones adoptadas ante las variaciones de la matriz temporal preestablecida.

3.1 Debidas al enfermo (A):

- A1. Hematoma de herida.
- A2. Hemorragia por la herida.
- A3. Dolor no controlado.
- A4. Intolerancia oral.
- A5. Ortostatismo.
- A6. Ausencia de micción espontánea.
- A7. Otras: especificar.

3.2 Debidas al personal sanitario, el paciente y/o sus familiares (B):

- B1. Decisión del médico.
- B2. Decisión del paciente.
- B3. Decisión de la familia.
- B4. Otras: especificar.

3.3 Debidas a la institución (C): especificar.

3.4 Cumplimentación del protocolo de variaciones (Mayor de 95%)

Indicadores de satisfacción

Mediante una encuesta valoramos la calidad percibida por el usuario en diversos aspectos: información, trato recibido, hostelería, etc. Los objetivos son:

1. Encuesta de satisfacción cumplimentada > 80%.
2. Porcentaje de pacientes satisfechos/muy satisfechos > 90%.

DISCUSIÓN

El PAI es un compromiso entre la experiencia de los profesionales implicados y las evidencias científicas obtenidas en la literatura a través del *benchmarking*.⁸ Un buen consenso en la fase de estudio y evaluación, entre coordinadores, facultativos de diversas especialidades y enfermería, junto con la elección de un diseño adaptado a las necesidades del centro nos asegura:^{16,17}

1. Implicación y adhesión de todos los profesionales.
2. Simplificación administrativa basada en la eliminación de la duplicidad de documentos. El perso-

nal jamás debe percibir que el PAI supone burocracia innecesaria o un trabajo extraordinario.

3. Evitar los incumplimientos y la proliferación de variaciones.

Destacaremos la importancia de la flexibilidad en el desarrollo, aplicación y reevaluación de los PAI. El registro y el análisis de las variaciones (tanto positivas como negativas) permite revisar y mejorar hasta alcanzar los máximos estándares de calidad. Todo ello, sin olvidar la importancia que tiene la opinión del usuario como destinatario último de nuestros cuidados.^{7,18}

Como conclusión, pensamos que la SRA es una técnica que mejora la calidad de la atención prestada al paciente con várices quirúrgicas, se adapta al perfil epidemiológico y socio-laboral de un alto porcentaje de sus destinatarios potenciales y permite un ahorro económico al sistema sanitario sin incrementar la morbilidad. La implementación de un PAI permite detectar a los candidatos potenciales para SRA y estandarizar todo el proceso en sus diversos aspectos médicos, materiales, logísticos y administrativos. Además, fomenta la autocrítica, supone una motivación extra para los profesionales, estimula sus ganas de mejorar en el desempeño de las funciones y mejora la capacidad de la plantilla para trabajar como un equipo cohesionado.

REFERENCIAS

1. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calid Asist* 2001; 16: 199-207.
2. Sánchez A, Coll L, Sáez E, Valls C. Evaluación de un Hospital de Día: monitorizamos indicadores de funcionamiento, pero ¿Qué opinan los usuarios? *Rev Calid Asist* 2002; 17: 337-49.
3. Ahumada M, Vioque J. Prevalencia de varices en adultos y factores asociados. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 647.
4. Jiménez A, Elía M, Antonio Gracia J, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2004; 76: 325-30.
5. Sánchez BJ, Monsalve LE, Cabeza SR, Emparan GSC, Lamata HF, Jiménez BA. Cirugía sin ingreso de las várices: indicaciones técnicas y resultados. *Rev Mex Angiol* 2005; 33: 50-7.
6. Esarte MJ, Cebollero BMP, Escartín VJ, Relanzón Sánchez-Gabriel MJ. Alternativa a las vías clínicas para la gestión de la calidad asistencial. *Gest Hosp* 1999; 10: 16-26.
7. Quecedo Gutiérrez L, Orive J, Llano J, del Roses M, Gil-sanz F. Herramientas de gestión clínica (I): Guías de práctica clínica y vías clínicas. *Actual Anestesiología Reanim* 2001; 11: 94-103.
8. Cheah J. Development and implementation of a clinical pathway in an acute care general hospital in Singapore. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 403-12.
9. Gorny Ph, Blanchemaison Ph, Tran-Duy S, Radier P, Chahine D, Hutinel B, Reinhartz D. La chirurgie ambulatoire

- dans l'insuffisance veineuse superficielle. Une étude sur 1222 interventions. *Phlébologie* 1994; 47: 155-63.
10. Flores A, Solís JV, González TE, Reparaz L. Comparación entre cirugía ambulatoria de varices e ingreso hospitalario. *Cir Mayor Ambul* 2001; 6: 229-31.
 11. Gorny Ph, Blanchemaison Ph. Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle chronique: indications-place des protocoles ambulatoires. *Phlébologie* 1997; 50: 333-42.
 12. Sánchez BJ. Evolución de los criterios diagnósticos y las pautas terapéuticas en el tratamiento quirúrgico del paciente con várices. *Cir Mayor Amb* 2003; 8: 241-2.
 13. Gorny P, Chahine D, Blanchemaison Ph, Renaudin JM. Crossectomie, éveinage court ou long? Revue de la littérature et discussion. *Phlébologie* 1996; 49: 87-91.
 14. Creton D. Résultats comparés des strippings sous anesthésie générale et sous anesthésie loco-régionale (200 cas). *Phlébologie* 1989; 42: 121-30.
 15. Ouvry PA, Amarouche A, Ouvry PAG, Perrotte PG. Tolerancia psicológica a la anestesia por bloqueo crural durante la cirugía de las grandes saphenas. *Phlébologie* 1997; 50: 389-92.
 16. González LRM. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. *Rev Calid Asist* 1999; 14: 273-8.
 17. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 509-21.
 18. Esteve N, Morales R, Casas I, Garcés MJ, Sansano C. Controversias de las vías clínicas quirúrgicas. *Todo Hosp* 2002; 1: 44-60.

Correspondencia:

Dr. Jesús Sánchez Beorlegui.

Calle Pedregales No. 9, 5o. E. 26006,

Logroño (La Rioja). España.

Correo electrónico: js_beorlegui@hotmail.com